



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

**Intervención dirigida a profesionales de la salud en
residencias sobre valoración del dolor en el anciano con
demencia.**

Autora: Paula Godayol

Tutora: Carmen Nuin

Lleida, 2014

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen y palabras clave.....	7
2. Introducción.....	9
3. Marco teórico.....	10
3.1 Definiciones y conceptos relacionados.....	11
3.1.1 Demencia.....	11
3.1.1.1 Definición y epidemiología.....	11
3.1.1.2 Problemas médicos relacionados con la demencia.....	14
3.1.1.3 Institucionalización y demencia.....	16
3.1.2 Dolor.....	18
3.1.2.1 Definición y epidemiología.....	18
3.2 Características del dolor en el paciente anciano con demencia.....	21
3.2.1 Métodos diagnósticos.....	22
3.2.1.1 Autoinformes.....	23
3.2.1.2 Medidas fisiológicas.....	25
3.2.1.3 Escalas de observación comportamental.....	25
3.2.2 Problemas relacionados con el diagnóstico.....	29
3.2.2.1 Problemas propios del anciano con demencia.....	29
3.2.2.2 Problemas ajenos al anciano con demencia.....	29
4. Objetivos.....	30
4.1 Objetivo general.....	30
4.2 Objetivo específico.....	30
5. Metodología.....	31
5.1 Población diana.....	31
5.2 Metodología de búsqueda síntesis de la evidencia encontrada.....	31
6. Intervención.....	43
6.1 Justificación.....	43
6.2 Desarrollo de la intervención.....	44
6.3 Cronograma.....	49
7. Consideraciones éticas y legales.....	51
8. Discusión y conclusiones.....	53
9. Bibliografía.....	55
10. Anexos.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primera búsqueda bibliográfica.....	33
Tabla 2. Segunda búsqueda bibliográfica.....	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Población mundial mayor de 60 años (1950-2050).....	10
Gráfico 2. Comparación entre la prevalencia de demencia en la Comunidad del municipio de Langreo y en el Sanatorio Adamo de Sama de Langreo.....	17

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AGS:	The American Geriatrics Society.
AP:	Atención Primaria.
AVD:	Actividades de la vida diaria.
CIBERNED:	Centro de Investigación Biomédica en red Enfermedades Neurodegenerativas.
CNPI:	Checklist of nounverbal pain indicators.
DS-DAT:	Discomfort in dementia of the Alzheimer's type.
EDAD:	Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia.
EVA:	Escala visual analógica.
EVID:	Escala verbal de intensidad del dolor.
GDS:	Escala de deterioro de Reisberg.
GSS:	Gestió de Serveis Sanitaris.
HUAV:	Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
IASP:	Asociación Internacional para el estudio del dolor.
ICASS:	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.
INE:	Instituto Nacional de estadística.
MPM:	Mesotelioma pleural maligno.
MPQ-SV:	McGill Pain Questionnaire (Versión española)
NKASRP:	Nurse's knowledge and attitudes survey regarding pain.
NOPPAIN:	Noncommunicative patient's pain assessment instrument.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PACSLAC:	Pain assessment checklist for senior with limited ability to communicate.
PADE:	Pain assessment for dementia elderly.
PAINAD:	Pain assessment in advanced dementia scale.
RAPID:	Rating pain in dementia.
SEGG:	Sociedad española de geriatría y gerontología.
VC:	Video-conferencia.

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

Resumen: Debido a que la población actual envejece, los problemas relacionados con el proceso de envejecimiento están adquiriendo cada vez mayor importancia. El factor edad es causa de múltiples patologías, siendo la principal causa de riesgo para el desarrollo de demencia.

En los pacientes ancianos que sufren demencia, mayoritariamente en casos avanzados, se producen problemas mentales y físicos, concluyendo finalmente en una incapacidad funcional que se manifiesta con un aumento de la dependencia. Esto requiere de los cuidados de otra persona que habitualmente son llevados a cabo por un pariente cercano, pero que en ocasiones, y de forma inevitable, terminan en institucionalización. Además, uno de los problemas médicos relacionados con la demencia es el dolor. Esta percepción subjetiva puede manifestarse de forma atípica en los ancianos, especialmente en ancianos con demencia, los cuales no pueden manifestar la sensación dolorosa, llevando a los profesionales de la salud a tener problemas a la hora de valorar la presencia de dolor.

Palabras clave: Dolor, demencia, anciano, valoración, institucionalización.

Resum: Degut a que la població actual envellaix, els problemes relacionats amb el procés d'envelliment estan adquirint cada vegada més importància. El factor edat és causa de múltiples patologies, sent la principal causa de risc per al desenvolupament de demència.

En els pacients ancians que pateixen demència, majoritàriament en casos avançats, es produeixen problemes mentals i físics, concloent finalment en una incapacitat funcional que es manifesta amb un augment de la dependència. Això requereix de les cures d'una altra persona que habitualment són portats a terme per un parent proper, però que en ocasions, i de forma inevitable, acaben en institucionalització. A més, un dels problemes mèdics relacionats amb la demència és el dolor. Aquesta percepció subjectiva pot manifestar-se de forma atípica en la gent gran, especialment en ancians amb demència, els quals no poden manifestar la sensació dolorosa, portant als professionals de la salut a tenir problemes a l'hora de valorar la presència de dolor.

Paraules claus: Dolor, demència, ancià, valoració, institucionalització.

Abstract: Because of the current population ages, the problems associated with the aging process are becoming increasingly important. The age factor is the cause of many diseases, being the leading cause of risk for developing dementia.

In elderly patients with dementia, mainly in advanced cases, mental and physical problems occur, finally concluding in a functional disability that manifests with increased dependency. This takes care of another person that is usually performed by a close relative, but sometimes and inevitably, it ends in institutionalization. In addition, one of the medical problems associated with dementia is pain. This subjective perception may manifest atypically in the elderly, especially in elderly patients with dementia, which can't express the pain sensation, leading health professionals into problems when assessing the presence of pain.

Key words: Pain, dementia, elderly, assessment, institutionalization.

2. INTRODUCCIÓN

El **dolor** es parte de la existencia del ser humano y representa la causa más frecuente de consulta. En el caso del paciente anciano, la prevalencia de dolor de tipo crónico, aumenta con el transcurso de los años y es la primera causa de consulta médica a nivel mundial, muchas veces relacionado con un proceso patológico bien definido, pero la mayoría de las veces enmascara un problema de tipo psicológico o búsqueda de situaciones gratificantes y como mecanismo de defensa (1).

Si acude un anciano a nuestra consulta o centro sanitario, etc... y nos informa que refiere dolor, como profesionales de la salud podemos aplicar numerosas escalas que pueden sernos útiles para valorar el grado de dolor que padece. Pero, ¿Qué ocurre cuando el paciente anciano tiene además **demencia**? ¿Cómo valoramos este dolor? ¿Son de utilidad las escalas que conocemos hasta ahora?

El interés que muestran los investigadores por el dolor, su evaluación e intervención en personas dementes es cada vez mayor. La edad constituye un factor de riesgo en la presencia tanto de dolor como de demencia, y la presencia de ésta influye en gran parte en la expresión del dolor, dificultando su detección. El dolor en las personas con demencia puede manifestarse de forma atípica y en la mayoría de los casos, el cuidador o sanitario no tiene la información suficiente como para identificarlo.

Evaluar el dolor en las personas mayores con demencia, especialmente en etapas avanzadas, es un reto. Aunque en personas con demencia existe percepción de dolor, muchas veces no es detectado porque estas personas han podido perder las habilidades verbales para expresarlo o porque en ocasiones la naturaleza del propio trastorno está impidiendo que lo identifiquen (2).

Para los cuidadores y profesionales la identificación del dolor en personas con demencia resulta bastante compleja debido, entre otras cosas, a la insuficiente formación o entrenamiento para identificarlo. Por ello es necesario que tanto cuidadores como sanitarios, obtengan una **formación específica** para reconocer la presencia y la intensidad de dolor en este tipo de pacientes (2,3).

3. MARCO TEÓRICO

Los problemas relacionados con el proceso de envejecimiento están adquiriendo cada vez mayor importancia debido a que **la población actual envejece** (4).

Según el Instituto Nacional de Estadística de España (INE) (5), en 1991 el 13,8% de la población española era mayor a 65 años. En el año 2011, 20 años después, estas cifras han llegado al 17,07%. Esta circunstancia da lugar a que la población mayor de 65 años aumente, siendo cada vez más numerosa.

Se prevé que en el año 2025, el 27% de la población europea tendrá 60 años o más. Y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6), se estima que en el 2050 la población mayor de 60 años en todo el mundo será de 2 millones.

Aunque la epidemiología del dolor no ha sido ampliamente estudiada entre la población mayor, el **dolor** parece ser muy común entre las personas de más edad. La prevalencia de dolor es doble entre personas mayores de 60 años, en comparación con personas menores de esa edad, y además, más del 50% de las personas mayores padecen alguna forma de dolor persistente (7).

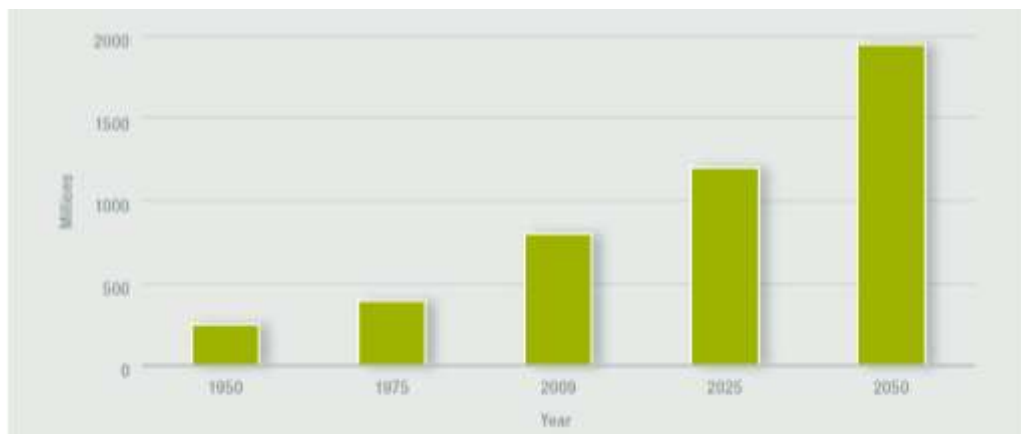


Gráfico 1. Población mundial mayor de 60 años (1950-2050). World Health Organization.

Debido al aumento de la esperanza de vida, a la disminución de la tasa de fecundidad y a una mejora del sistema sanitario de salud, el número de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo.

El envejecimiento está asociado a enfermedades entre las cuales cabe destacar las cardiovasculares, demencias, cáncer... Además existen otras muchas enfermedades y condiciones asociadas al envejecimiento que son responsables de gran parte del deterioro de la calidad de vida del anciano. Entre ellas se encuentran la sarcopenia, osteoporosis, artritis y enfermedades autoinmunes (8).

Un claro efecto negativo de este envejecimiento es el incremento del número de personas que padecen **demencia**, siendo ésta una de las enfermedades que más frecuentemente afectan a este grupo de edad. Ya que esta enfermedad afecta principalmente a personas mayores, existe la consideración errónea a nivel global de que la demencia es una consecuencia normal del proceso de envejecimiento (6).

3.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTOS RELACIONADOS

3.1.1 DEMENCIA:

3.1.1.1 Definición y epidemiología:

La demencia es un síndrome de **etiología orgánica y de origen multicausal**, que conlleva un deterioro global de las facultades intelectivas y de la personalidad. Su **naturaleza es crónica y progresiva**. Los rasgos clínicos de esta patología se centran en tres grandes ámbitos:

- ✖ **Alteraciones cognitivas:** Alteración de la memoria (amnesia), alteración del lenguaje oral (afasia) y lenguaje escrito (alexia y agrafía), alteración de la gestualidad/movimientos aprendidos (apraxia) y alteración del reconocimiento de objetos, imágenes, escritura, caras, colores... (agnosia), alteración de la orientación (primero respecto al tiempo, más tarde en lo que respecta al lugar en que se encuentra y por último respecto a sí mismo).
- ✖ **Alteraciones funcionales:** Pérdida de independencia en actividades de la vida diaria (AVD). Se pueden clasificar en:
 - Actividades básicas de la vida diaria: Comer, controlar esfínteres, vestirse, bañarse, pasear...
 - Actividades instrumentales de la vida diaria: Hablar por teléfono, hacer la compra, preparar la comida, cuidar de la casa, usar los medios de transporte, manejar dinero...

- Actividades avanzadas de la vida diaria: Actividad física, aficiones, viajes, participación social...

✖ **Alteraciones neuropsiquiátricas:** Estos trastornos tienen una gran importancia en el proceso de la enfermedad ya que acostumbran a ser los síntomas que más afectan a la familia y cuidadores del anciano.

- Problemas relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de estar enfermo: El paciente no tiene conciencia de su enfermedad o niega la existencia de los problemas que se observan en la familia, produciéndose conflictos familiares y en algunos casos el paciente se opone a todo tipo de intervención médica.
- Delirios: Creencias falsas que se fundamentan en conclusiones incorrectas sobre la realidad y que el paciente defiende a pesar de las evidencias contrarias. Constituyen una causa de consultas médicas e institucionalización.
- Alucinaciones: Impresiones sensoriales o perceptivas que el paciente siente de cosas que no existen en el mundo real. Son poco habituales.
- Depresión: Debida a una reacción ante la consciencia de la pérdida de capacidades. No se da en todos los casos. En otros casos puede ser debida a lesiones cerebrales. Sus manifestaciones más frecuentes son el llanto y sentimientos de culpa, inutilidad o de carga.
- Ansiedad: Sentimiento de miedo, de peligro inminente, que se manifiesta en una excesiva preocupación anticipada sobre los acontecimientos próximos.
- Alteraciones del humor y trastornos conductuales: Labilidad emocional. Enfados o conductas violentas.
- Cambios en patrones del sueño y en la conducta alimentaria.
- Alteraciones de la actividad psicomotora: Deambulación errante, seguimiento persistente del cuidador, actos repetidos y manipulación.

Con la gravedad de la demencia aumentan la disforia, apatía, agitación y actividad motora anómala. Los trastornos conductuales como la desinhibición y la irritabilidad disminuyen al avanzar la enfermedad. Por el contrario, alteraciones como la agresión o el vagabundeo aumentan con el deterioro cognitivo. Sin embargo, la conciencia no se ve comprometida.

Estas manifestaciones se presentan de forma variable, dependiendo de la fase evolutiva de la enfermedad en la que se encuentre el anciano y de otros factores como el nivel educativo, el sexo, la profesión, personalidad previa a la enfermedad o intereses personales (9–11).

La demencia se puede clasificar en tres niveles (7):

- ✖ Demencia Leve: Afecta a actividades de la vida diaria, sin causar problemas para la independencia del paciente.
- ✖ Demencia Moderada: Incapacidad para vivir de manera independiente. El individuo no recuerda información básica acerca de su vivienda, actividades recientes o el nombre de ciertas personas familiares a él.
- ✖ Demencia Severa: Se caracteriza por la absoluta incapacidad de retener nueva información y solo se recuerdan fragmentos de experiencias o conocimientos pasados. El paciente no reconoce, por ejemplo, a sus familiares.

La demencia es una de las principales causas de **dependencia y discapacidad** entre las personas mayores en **todo el mundo**, donde hay unos 35,6 millones de personas que padecen demencia y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos (1,6).

En **Europa**, la prevalencia de demencia oscila entre el 5-10% entre la población mayor de 65 años y que además existen 5 millones de personas enfermas.

En **España** se ha demostrado que en la población mayor de 65 años, las cifras de prevalencia oscilan entre el 5-14,9% y en personas mayores de 70 años se encuentra entre el 9 y 17,2%.

Según el estudio realizado por el grupo de Jesús de Pedro Cuesta del Centro de Investigación Biomédica en red Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED) sobre las demencias en España (12), concluyó que en nuestro país hay alrededor de **600.000 personas que sufren demencia**. Los resultados además mostraron una alta variación de la prevalencia, siendo hasta cuatro veces mayor entre el grupo de mayor edad y en algunas regiones aumentando en las mujeres.

La enfermedad de **Alzheimer es la demencia más frecuente**, ya que ocupa el 60-70% de los casos de demencia, seguida de la **demencia vascular** (12,5-25%) (13).

La ONU (6) estimó que en 2010 la población mundial anciana con demencia fue de 35,6 millones. Se prevé que el número total de personas con demencia se duplicará cada 20 años, siendo 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en el año 2050.

Todos los estudios epidemiológicos confirman que el **factor edad** es la principal causa de riesgo para el desarrollo de una demencia. Por eso, tanto la prevalencia como la incidencia

prácticamente se duplican cada 5 años a partir de los 65 años de edad. Dado el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población en los países occidentales, la demencia representa un **gran reto** para los sistemas de salud públicos de estas sociedades (13).

El **costo mundial** estimado que produce la demencia se estima que ha sido de 604 mil millones de dólares en el año 2010, produciéndose los mayores costos en Norteamérica y Europa. Los costos directos de atención médica contribuyen el 16% del coste mundial, sin embargo, en muchos países, la mayoría de los costos se relacionan con los cuidados informales.

Si bien las cifras y los costos son enormes, el **impacto en las personas** con la enfermedad y en sus cuidadores y familias es extremo, tanto **médica, psicológica y emocionalmente**. Los síntomas conductuales y psicológicos vinculados a la demencia afectan gravemente la calidad de vida de las personas que la padecen y a sus cuidadores (6).

3.1.1.2 Problemas médicos relacionados con la demencia:

En la mayoría de los casos, los pacientes con demencia presentan una serie de **problemas médicos** además de los problemas cognitivos y funcionales propios de la atrofia cerebral progresiva, y además estos problemas son más frecuentes a medida que avanza la enfermedad. Estos pacientes pueden presentar **múltiples afecciones** como caídas, deshidratación, diarrea, estreñimiento, incontinencia... Un simple resfriado, una infección de orina o una bronquitis pueden ser causa de un empeoramiento del estado del anciano. La salud del paciente se va deteriorando progresivamente a medida que avanza la enfermedad, especialmente en la fase terminal. Algunos de los problemas médicos más frecuentes que afectan a personas con demencia son (11,14):

- ✖ **Confusión mental (delirium):** Cuadro transitorio, de inicio agudo y en general reversible que se manifiesta por alteración de la conciencia, falta de atención, lenguaje incoherente, desorientación... que puede ser causa de deshidratación, traumatismos, infecciones, insuficiencia cardíaca, fármacos... (11)
- ✖ **Caídas:** La demencia está relacionada con el aumento del riesgo de sufrir **caídas** repetidas. La incidencia anual de caídas en pacientes con demencia es del 70 al 85%. Aproximadamente un tercio de las personas que viven en la comunidad se cae cada año. Esto implica que los ancianos con demencia duplican el riesgo de caídas si los

comparamos con los ancianos sin un deterioro cognitivo. Las caídas se ven favorecidas por la artrosis, debilidad muscular, trastornos sensoriales y del equilibrio (11,15).

- ✖ **Heridas:** El paciente se puede provocar heridas, cortes, pequeñas erosiones... por el calzado, ropa, golpes... (11)
- ✖ **Fracturas:** A causa de caídas. Muchas no tienen impacto importante, pero otras pueden dejar al paciente encamado. El riesgo de fractura aumenta alrededor de cuatro veces más en los pacientes con demencia. La fractura de cadera es la más frecuente, además de las fracturas vertebrales y de costillas (11).
- ✖ **Alteraciones nutricionales** (Pérdida de peso): Un estudio realizado por el Centro Asistencial San Juan de Dios (Palencia) (16), afirmó que independientemente del tipo de demencia, el riesgo de padecer alteraciones nutricionales aumenta conforme lo hace el estadio evolutivo de la enfermedad. Lo que ocurre en estos ancianos es que pueden presentar confusión de horarios, descuidos, pérdida de autonomía y de hábitos alimentarios, disminución de apetito, aporte nutricional insuficiente, y en estadios más avanzados dificultad para masticar o incluso negación o rechazo a comer (17).
- ✖ **Estreñimiento y diarrea:** Estreñimiento debido a una dieta pobre en líquidos y fibras, inmovilidad, enfermedades de colon y recto, algunos medicamentos... La diarrea puede ser debida a infecciones, ciertos medicamentos, edulcorantes artificiales... (11)
- ✖ **Problemas orales y dentales:** Llagas, infecciones a causa de la falta de higiene, uso de dentaduras mal ajustadas. Pueden contribuir a desnutrición o estreñimiento (11).
- ✖ **Incontinencia urinaria y fecal:** En demencias avanzadas la persona puede no controlar sus funciones fisiológicas más simples (incontinencia de orina y heces). Estas personas pueden tener dificultades para “aguantarse” hasta llegar al baño, encontrar el baño, saber cuándo su vejiga o intestino está ya vacío o tienen necesidad de orinar/defecar... (18).
- ✖ **Inmovilización:** Puede ser debido a la propia enfermedad o por otras causas como ingresos hospitalarios... y puede tener un impacto importante en el anciano. Incluso una movilización de 24 horas puede tener un efecto negativo en la capacidad de marcha y equilibrio. Las complicaciones de la inmovilidad pueden ser realmente graves: Los músculos pierden fuerza y las articulaciones se anquilosan. Cuando la

inmovilidad es completa, se estima que la pérdida de fuerza puede llegar a ser de un 10 a un 15% por semana (11).

- ✖ **Úlceras por presión:** Producidas por la compresión excesiva de prendas de vestir o por permanecer mucho tiempo en la misma posición. En una situación normal, el dolor genera cambios de postura. En casos de demencia, la insensibilidad o la inmovilidad hacen que la presión sea continua, a no ser que los cuidadores efectúen cambios posturales. Aparecen más fácilmente en personas inmovilizadas, desnutridas, incontinentes, anémicos y con fracturas (11).
- ✖ **Causas de muerte:** En las fases terminales de la enfermedad existe un fallo generalizado del organismo. El paciente en la mayoría de casos se encuentra encamado, inmóvil, incontinente y malnutrido. Dentro de los factores de riesgo de muerte se incluye la gravedad de la demencia, la edad avanzada, las caídas, la malnutrición y un mal estado general de salud. La mayoría de las muertes se producen a causa de complicaciones como neumonía, deshidratación, infecciones urinarias, úlceras por presión... (11)
- ✖ **Dolor:** La demencia por sí misma no provoca dolor. El dolor es resultado de otras causas como el estreñimiento, enfermedades en articulaciones, golpes, luxaciones o fracturas no detectadas... Puede manifestarse por síntomas atípicos (11).

3.1.1.3 Institucionalización y demencia:

La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia incidente, por encima de otras como el ictus, enfermedad de Parkinson o enfermedades cardiovasculares (19).

En los pacientes ancianos que sufren demencia, y más aún en los casos de demencias avanzadas, no solo se producen serios problemas en el área mental, sino que además va a tener problemas físicos (deambulación, malnutrición, incontinencia, etc...) e inevitablemente, aparecerá una incapacidad funcional que va a manifestarse por el aumento de la dependencia, y por lo tanto, va a requerir un mayor apoyo social o familiar. En la mayoría de los casos el anciano va a depender de los cuidados de otra persona habitualmente un pariente cercano (85% de los casos) (19–21).

Este cuidador puede llegar a un estado de estrés y sobrecarga que suele producir una importante reducción de su calidad de vida, ligada invariablemente a la calidad de vida del

paciente. Esta situación suele terminar en la institucionalización del anciano, ya que la familia no es capaz de afrontar los cuidados del enfermo. Todas estas condiciones sumadas a una serie de condiciones biológicas, psicológicas, económicas y sociales que con elevada frecuencia se presentan a lo largo de la evolución de la enfermedad, pueden condicionar que sea precisamente la **demencia el principal motivo de institucionalización** (20,21).

Según datos del INE 2008 (19), del total de personas discapacitadas ingresadas en residencias, un 36% corresponde a pacientes con demencia (14,3% enfermos de Alzheimer y 21,7% de otras demencias).

En un estudio realizado en Asturias, se comparó la prevalencia de demencia en la comunidad y en una institución, y se observó que en la comunidad había 25% prevalencia de demencia, frente a un 71% para la institucionalizada (20).

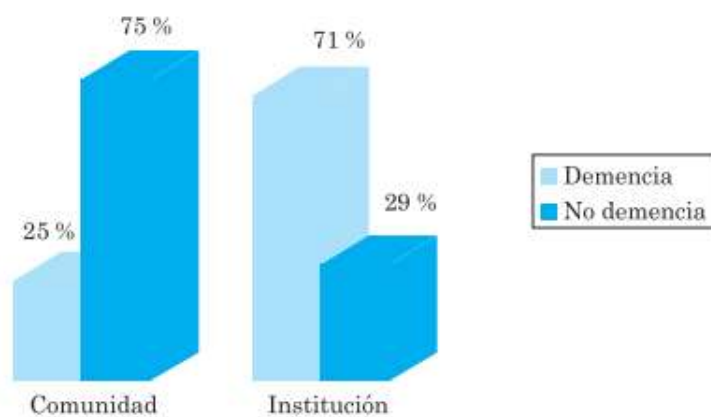


Gráfico 2. Comparación entre la prevalencia de demencia en la Comunidad del municipio de Langreo y en el Sanatorio Adamo de Sama de Langreo.

Otro estudio realizado en residencias, a nivel de todas las comunidades autónomas españolas, concluyó que la prevalencia global de demencia hallada fue del 61,7%. Además se evidenció que el género femenino estaba asociado con una mayor frecuencia de demencia y que la prevalencia de esta afección aumenta a medida que lo hace la edad (22).

Diferentes autores afirman que las **variables dependientes del cuidador**, como son la sobrecarga o problemas de salud, son mucho más **determinantes de institucionalización** que las variables dependientes del paciente (20).

Como **predictores de institucionalización** se puede considerar: La severidad de la demencia, la duración de la enfermedad, cuidadores con alto nivel educacional, con empleos y salarios elevados, comorbilidad del binomio cuidador-paciente, deterioro funcional del anciano y trastornos del comportamiento. Además, en el caso de las demencias, está apareciendo una disminución global del número de cuidadores disponibles para las personas mayores (21).

3.1.2 DOLOR:

3.1.2.1. Definición y epidemiología:

Durante siglos ha sido complicado incluir en una sola definición la enorme complejidad y multitud de aspectos y variantes que presenta el dolor. Se han propuesto muchas definiciones del dolor, lo que refleja la dificultad que existe para encontrar una definición exacta.

Según la Real Academia Española (23), el dolor es aquella **sensación molesta y aflictiva** de una parte del cuerpo por causa interior o exterior / Sentimiento de pena y congoja.

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (1), el dolor es una **experiencia desagradable sensorial y emocional** que se asocia a una lesión.

El dolor se puede clasificar en agudo o crónico dependiendo de su temporalidad. Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), el **dolor crónico** es aquella dolencia que dura más de 6 meses o perdura más allá del proceso de curación normal y es mantenido por factores distintos del factor causante original del dolor, persiste y es desproporcionado, no tiende a la curación y en él influyen factores psicológicos y ambientales. El **dolor agudo** es aquella dolencia producida por una lesión súbita y de corta duración que permanece menos de 6 meses (24).

Otra clasificación del dolor que existe y que es importante mencionar es dolor nociceptivo y neuropático.

El **dolor nociceptivo** se produce por la activación de nociceptores provocado por estímulos nocivos, ya sean mecánicos, térmicos o químicos. Los nociceptores además pueden sensibilizarse por estímulos químicos endógenos como son la serotonina, la sustancia P, la bradicina, la prostaglandina y la histamina. Este tipo de dolor puede subdividirse, dependiendo del grupo de nociceptores que se activen, en somático (dolor

musculoesquelético, dolor artrítico, dolor óseo metastásico...) y visceral (originado por la distensión de un órgano hueco).

El **dolor neuropático** aparece en una minoría de individuos presentando dificultades para describirlo ya que es una sensación poco familiar. Se produce por la afectación del sistema somatosensorial, que puede resultar de trastornos del sistema nervioso central y periférico (4).

Hay **escasos datos** de prevalencia de dolor en el anciano en el ámbito nacional. El problema del dolor en este grupo poblacional no está siendo un objetivo frecuente de los investigadores y clínicos. Cada año se publican miles de artículos médicos relacionados con el dolor, pero de éstos menos del 1% hacen referencia a la experiencia del dolor en el anciano (4).

El dolor debe considerarse como un **síndrome geriátrico**, ya que puede provocar deterioro funcional, de causa multifactorial y cuya identificación depende de una valoración multidisciplinar. Sin embargo, en nuestra sociedad el dolor se encuentra **infradiagnosticado e infratratado**, por lo que la IASP, declaró el año 2007 como el año del dolor en las personas mayores.

En 2007 se realizó, en consultas de atención primaria (AP) de España, un estudio prospectivo observacional (16) que concluyó que el dolor es el **principal motivo de consulta**, ya que apareció en el 86,2% de los casos. En el 80,8% de los casos fue de tipo nociceptivo, el 43,5% de localización en miembros inferiores, el 71,8% de etiología degenerativa y el 67,7% de los casos de evolución crónica. Después de este estudio se observó que el **dolor crónico, de tipo nociceptivo, de causa degenerativa** y con una respuesta no muy satisfactoria a los tratamientos previos, conforman el perfil del paciente anciano con dolor que acude a la consulta de AP (25).

Datos más generales también apoyan la **alta prevalencia de dolor crónico** en el anciano, estimando que ésta se encuentra entre el 32,9 y 50,2%. El dolor agudo en cambio solamente prevalece en el 5% de los casos (26).

Otros artículos, sin embargo afirman que las cifras de incidencia de dolor crónico entre los mayores de 65 años se encuentran incluso entre un 50 y un 80% (4,24).

Como los datos de diferentes estudios nos aportan, el **dolor crónico** es un problema universal que tiene especial **importancia y prevalencia en el anciano** ya que está asociado a

enfermedades crónicas las cuales se ven aumentadas con la edad (27). Además se trata de un dolor persistente, que puede ser continuo o recurrente y de suficiente duración e intensidad como para afectar de forma negativa al bienestar de la persona y su capacidad funcional, no evoluciona a la curación, está condicionado por aspectos mentales e influenciado por aspectos sociales y el entorno, su diagnóstico puede pasar desapercibido perpetuándose en el tiempo y, en definitiva, afectando la calidad de vida del anciano e incrementando el consumo de recursos sociales (24,28).

A la hora de llevar a cabo la valoración del dolor en el paciente anciano, surgen algunas complicaciones debidas a que las **sensaciones y características propias de dolor** como lo son la calidad, duración, localización, intensidad y sufrimiento que origina, **se confunden o son modificadas** a causa del propio proceso de envejecimiento. Esta situación provoca en los profesionales de la salud confusiones y malinterpretaciones que en ocasiones pueden desencadenar en iatrogenia o no identificación de patología.

Con el envejecimiento, el anciano **pierde la capacidad de reconocer plenamente el dolor** debido a que a nivel de las vías nerviosas responsables de transmitir impulsos dolorosos, se generan cambios como retardo de la respuesta, interrupción de impulsos y disminución en la producción de neurotransmisores.

Sin embargo hay que recordar que la **intensidad del dolor superficial (percibido en piel y mucosas) no sufre cambios** en el envejecimiento. Además los más ancianos son un verdadero reto para identificar si realmente padecen o no dolor y las causas del mismo, ya que muchas veces no refieren sensación dolorosa ante un acontecimiento severo que incluso los puede llevar a la muerte, como por ejemplo la trombosis mesentérica (29).

3.2 CARACTERISTICAS DEL DOLOR EN EL ANCIANO CON DEMENCIA

Cuando se habla de dolor en el paciente con demencia, es recomendable introducir el concepto de “sufrimiento”, que es aquel malestar íntimo provocado por sentimiento de pérdida, desgracia, desengaño y frustración.

Es importante este concepto ya que la realidad que vive el paciente demente está llena de situaciones que implican sufrimiento y dolor. Por ejemplo, el hecho de salir a la calle y no conocer a alguien que te está saludando o no recordar cómo volver a casa, perder capacidad progresivamente para los propios cuidados, entre muchos otros, son motivos de sufrimiento tanto para el paciente como para su entorno, siendo fuentes tanto de dolor físico, como de malestar emocional (1).

Si a las dificultades que existen a la hora de valorar el dolor en el anciano a causa de las manifestaciones atípicas y de los trastornos que se producen a nivel nervioso, le sumamos la dificultad añadida que se produce a la hora de valorar este dolor en el anciano con demencia por sus trastornos cognitivos, se puede producir una **infravaloración** por parte de los cuidadores y de los profesionales sanitarios.

Como consecuencia de esta baja tasa de diagnóstico se explica que entre el 45 y el 80% de los mayores con dolor persistente están **infratratados** (2,30). Estudios de evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en hospitales de agudos detectan que solo en el 22.4% de los casos aparecía el síntoma dolor reflejado en su historia clínica y en un 43.1% se detectó la presencia de dolor mediante exploración física, pero no se encontraba recogido en su historia clínica. Menos de la mitad de los pacientes con dolor tenían tratamiento analgésico (30).

En los pacientes con demencia, el dolor es un síntoma que pasa más **inadvertido** a causa de la **dificultad de relación y comunicación** que presentan, por la pluripatología y efectos adversos, mala tolerancia e interacciones de los fármacos analgésicos. Además el hecho de medir de una forma objetiva algo tan subjetivo como es el dolor, supone un gran inconveniente para su valoración (7,30).

En los últimos años se han iniciado **estudios clínicos** que han intentado comprender por qué los ancianos con demencia expresan menos el dolor que las personas de su mismo grupo de edad sin déficit cognitivo. Datos experimentales apuntan que la prevalencia de dolor en ancianos con demencia y en ancianos sin deterioro cognitivo es la misma. Sin embargo, el

umbral de tolerancia del dolor en el primer caso aumenta y las reacciones al dolor parecen estar disminuidas. Los cambios en la percepción del dolor podrían deberse a cambios neuroanatómicos, sobre todo por **atrofia del sistema límbico**, estructura que puede modificar la experiencia del dolor. Los estudios concluyen que el anciano con demencia no es menos sensible al dolor, pero **puede fallar en la interpretación de éste** (14,31).

No hay duda sobre la importancia de una **correcta evaluación del dolor** en las personas mayores, pero ésta es altamente compleja. Los parámetros que se evalúan son muy similares a los de las personas jóvenes, pero es frecuente que los mayores presenten problemas que dificultan el proceso de evaluación, tales como deterioro cognitivo, déficit sensorial o alteraciones del estado de ánimo, los cuales pueden entorpecer el proceso de recogida de datos (2,7).

Como hemos visto, en el caso del deterioro cognitivo, los ancianos presentan dificultad para comunicarnos que padecen dolor y las características de éste, por ello requieren el uso de escalas y métodos de diagnóstico diferentes a los que se utilizan en personas sin afectación cognitiva.

3.2.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

A la hora de llevar a cabo esta evaluación/ valoración del dolor, todos los expertos coinciden en que la declaración del propio paciente (autoevaluación) es la fuente más fiable y válida de información.

En el caso de valoración del dolor en estadios iniciales de demencia (**deterioro cognitivo leve o moderado**), únicamente se pueden utilizar con seguridad las escalas visuales analógicas o categoriales (2,7).

Sin embargo, en pacientes con un **deterioro cognitivo severo**, la pérdida de razonamiento abstracto provoca que los conceptos que se manejan en las escalas anteriores puedan no ser comprendidos, que haya dificultad para utilizar indicadores verbales o tengan problemas a la hora de identificar la fuente de su malestar.

Por tanto, ya que los métodos de evaluación nombrados anteriormente, en un paciente con demencia de tipo severo son descartados y no se puede determinar el dolor a partir de información que nos da el propio paciente, lo recomendable para evaluarlo es mediante indicadores externos, o sea, la **observación de conductas** que puedan reflejar este síntoma.

Los indicadores observacionales que pueden ayudarnos a identificar al paciente con demencia que padece dolor son (7,32):

- **Expresiones faciales:** Boca apretada, labio superior montado, ceño fruncido, muecas, expresión facial temerosa.
- **Verbalizaciones, vocalizaciones:** Gemidos, gritos, gruñidos, peticiones de estar solo.
- **Movimientos corporales:** Puños cerrados y muy difíciles de abrir, agarrarse, movimientos incoordinados, manoseo o roces cutáneos repetitivos, postura deforme, respiración ruidosa, parpadeo rápido, tocarse repetidamente una parte del cuerpo.
- **Cambios en las interacciones interpersonales:** Agresividad, combatividad, descenso de las interacciones sociales.
- **Cambios en los parámetros de la actividad o rutinas:** Rechazar alimento, cambio apetito, cambio en el patrón del sueño, oposicionismo, inquietud.
- **Cambios del estado mental:** Llanto, aumento del grado de confusión, irritabilidad o estrés.

En la valoración del dolor es importante **observar el comportamiento basal** del paciente y prestar atención a los posibles comportamientos que estén relacionados con el dolor. Hay que tener muy en cuenta que no solo los comportamientos obvios nos indican dolor, sino que otro tipo de manifestaciones pueden ser expresiones de dolor en el paciente demente.

Existen numerosas escalas que pueden ser útiles para el profesional de la salud en el proceso de valoración y diagnóstico del dolor en el anciano demente.

3.2.1.1 Autoinformes (2)

Los Autoinformes proporcionan información suficiente sobre el dolor en estadios iniciales de demencia, permitiendo a los profesionales manejar el dolor de una forma más eficaz. Se considera la medida más fiable y afinada de la existencia e intensidad del dolor.

✕ Escala visual analógica (EVA) (33,34):

Permite medir la intensidad del dolor que el paciente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el extremo izquierdo se encuentra la ausencia de dolor y en el derecho el dolor máximo. Se pide al paciente que marque sobre la línea el punto que indique la intensidad del dolor que

padece y se mide con una regla. La intensidad por tanto se mide en centímetros o milímetros. Tiene mayor tasa de fallos que otros instrumentos menos abstractos.

Sin dolor _____ Máximo dolor

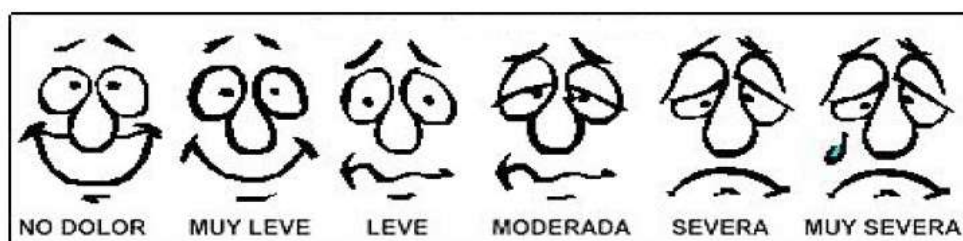
✖ Escalas categóricas de dolor (33,34):

Se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar el dolor con la escala anterior. De esta forma podrá expresar la intensidad del síntoma en categorías, lo que resulta mucho más fácil. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

✖ Escalas pictóricas (34):

Se trata de una escala en la que se muestran una serie de caras con expresiones faciales de dolor progresivo. Tiene fiabilidad y validez para la valoración del dolor en pacientes con leve o moderada afectación mental. Además presenta una ventaja sobre otras cuando se evalúan ancianos con escasos niveles educativos o dislexia.



3.2.1.2 Medidas fisiológicas

Las medidas fisiológicas no son específicas de dolor. Pero las que más se utilizan como indicadores de dolor son (2):

- ✖ Frecuencia respiratoria, tensión arterial, sudoración palmar, liberación hormonas del estrés, liberación de cortisol y concentración iones de endorfinas.

Muchos de estos indicadores fisiológicos proporcionan información útil, pero no deben utilizarse de forma aislada debido a su falta de especificidad.

Las alteraciones en la mayoría de estos parámetros fisiológicos y hormonales no son exclusivos de dolor, si no que reflejan una respuesta global al estrés relacionado con el dolor.

3.2.1.3 Escalas de observación comportamental:

Se realiza una observación directa del comportamiento de la persona. Se utilizan para medir el dolor y los conceptos relacionados como molestia, discomfort, etc... pero estas medidas varía mucho en su fiabilidad, validez y aplicabilidad (2).

- ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ANCIANOS CON DEMENCIA (EDAD)

(Anexo 1)

Creada para evaluar el dolor del anciano con demencia en fase avanzada y sin capacidades de comunicación. Evalúa el dolor en tres momentos diferentes: antes de aplicar los cuidados potencialmente dolorosos, durante la aplicación de los cuidados dolorosos y observación del comportamiento en las últimas 48 horas. En total se divide en 8 ítems y cada uno de ellos se puntúa del 0 al 2. Se considera que existe dolor si el total es igual o superior a 3.

Esta escala fue diseñada para que sea fácilmente utilizable por los profesionales que atienden a este tipo de pacientes. Presenta buena validez cuando se compara con otras escalas como EVA, Escala verbal de la intensidad del dolor (EVID), MPQ-SV (31).

- PAIN ASSESSMENT FOR DEMENTIA ELDERLY (PADE)

Formada por 3 partes con 24 ítems en total:

- Valoración física (Expresión facial, respiración y postura)

- Valoración global (Intensidad del dolor)
- Valoración funcional (AVD)

Aunque incluye la mayor parte de los indicadores propuestos por la Sociedad Americana de Geriátría (AGS), su operatividad no está clara (2).

Se realizaron dos estudios separados a un total de 65 residentes de centros de atención a largo plazo. El estudio 1 estaba formado por 25 ancianos con niveles avanzados de demencia y el estudio 2 por 40 ancianos con nivel similar de demencia. Como resultados se demostró que PADE es una herramienta fiable y válida para evaluar el dolor en ancianos residentes dementes. A pesar de ser una larga lista, diferentes autores afirman que requiere de 5 a 10 minutos (35).

- RATING PAIN IN DEMENTIA (RAPID)

Formada por 18 ítems que tienen en cuenta:

- Área emocional
- Área comportamental
- Área autonómica
- Área postural

Los ítems se puntúan de 0 (ausente) a 3 (grave). La puntuación total de la escala va de 0 a 54.

Se ha demostrado que es una escala fiable. Sin embargo se ha investigado de forma superficial en esta escala y es necesaria una mayor investigación en muestras de estudio más grandes (36).

- PAIN ASSESSMENT CHECKLIST FOR SENIOR WITH LIMITED ABILITY TO COMMUNICATE (PACSLAC)

(Anexo 2)

Formada por 60 ítems agrupados en 4 categorías: Expresión facial, movimientos del cuerpo, indicadores fisiológicos e indicadores psicosociales. Cada ítem se puntúa por “presencia” o “ausencia”. La puntuación global del dolor es obtenido por la suma de los puntos observados y marcados (37).

Gracias a un estudio comparativo longitudinal (38) se comprobó que los pacientes evaluados y seguidos con ayuda de la escala PACSLAC recibían más analgesia cuando la

necesitaban que el grupo control. Además estas enfermeras afirmaron haber disminuido su angustia y agotamiento profesional.

A pesar de su longitud y complejidad, esta escala requiere solo algunos minutos. Permite saber si el paciente siente dolor, está tranquilo o angustiado (37).

- (CNPI) CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS

Incluye seis ítems conductuales de dolor observados en personas mayores:

- Vocalizaciones no verbales
- Muecas
- Inquietud
- Frotarse
- Quejas verbales
- Tensión

Cada uno es puntuado en una escala dicotómica siendo 1 presencia de dolor y 0 no presencia, tanto cuando la persona está en descanso como en movimiento, dándose una puntuación máxima total de seis.

Se llevó a cabo una versión modificada de la Escala del comportamiento de dolor de la Universidad de Alabama. El estudio muestra una prueba aceptable, siendo un instrumento fiable y válido para evaluar el dolor en los pacientes con demencia.

En conclusión, la CNPI es una herramienta de evaluación del dolor sencilla y breve que facilita el estado de alerta del personal de enfermería y puede ser utilizado por las distintas categorías del personal de enfermería (auxiliares) (39).

- DISCOMFORT IN DEMENTIA OF THE ALZHEIMER'S TYPE (DS-DAT)

(Anexo 3)

Evalúa el malestar de las personas con demencia avanzada que han perdido su capacidad cognitiva y de comunicación verbal. Incluye 9 ítems que se miden por la ausencia o presencia de malestar (frecuencia, duración e intensidad):

- Respiración ruidosa
- Vocalizaciones negativas
- Expresión facial
- Asustado
- Fruncir el ceño
- Lenguaje corporal relajado
- Lenguaje corporal tenso
- Inquietud

- NONCOMMUNICATIVE PATIENT'S PAIN ASSESSMENT INSTRUMENT (NOPPAIN)

(Anexo 4)

Centrada en la observación de comportamientos específicos de dolor durante las tareas diarias de atención (baño, traslados, vestirse, etc.) en pacientes con demencia.

El dolor se evalúa en reposo y en movimiento.

La escala podría suponer una contribución útil, pero no ha sido ampliamente comprobada su validez y fiabilidad. Según varios autores, la escala es fácil de utilizar, ya que requiere muy poca formación y breve, y combina texto e imágenes para hacer que sea más fácil de entender. Cuenta con la limitación de que sus procedimientos de puntuación no están claros (40).

- (PAINAD) PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA SCALE

(Anexo 5)

Herramienta de valoración sencilla y relevante clínicamente para personas con demencia en estadios avanzados. Incluye 5 ítems:

- Respiración
- Vocalizaciones
- Expresión facial
- Lenguaje corporal
- Consolabilidad

La puntuación total puede oscilar de 0 (sin dolor) a 10 (dolor intenso)

Se realizó un estudio de validación de la versión española de la escala PAINAD y evaluación de su aplicabilidad en un Centro Gerontológico de España.

Los resultados del estudio de adaptación y validación de la versión española de la escala PAINAD muestran que dicha escala es eficaz para medir el dolor en personas con demencia sin capacidad de comunicación.

Esta escala puede ser usada por diferentes profesionales de la salud con poco entrenamiento y presenta una buena fiabilidad (41).

Si la presencia de dolor es dudosa, un método para diagnosticar la presencia de dolor es mediante un **ensayo terapéutico analgésico**. La intervención analgésica podría servir para ver si hay mejora en el deterioro funcional o en el trastorno de conducta (que podrían ser expresiones infrecuentes de dolor) (14,32)

3.2.2 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO:

3.2.2.1 Problemas propios del anciano con demencia:

La demencia puede ser causa directa o indirecta de dolor y además presenta una serie de fenómenos que **condicionan la valoración** de este dolor en ancianos dementes (1,26,32):

- ✖ Problemas de comunicación: Auditivos y sensoriales. Dificultad para verbalizar el dolor.
- ✖ Dificultad para el reconocimiento de síntomas, lo que supone dificultad para su diagnóstico.
- ✖ Manifestaciones atípicas de dolor.
- ✖ Pluripatología simultánea.
- ✖ Falta de instrumentos de escalas validadas debido a falta de estudio.
- ✖ Temor a molestar en el ámbito familiar.
- ✖ Prescripción de analgésicos a demanda.
- ✖ Mala tolerancia a fármacos analgésicos y mayor frecuencia de efectos secundarios.
- ✖ Miedo a reacciones adversas a fármacos prescritos para tratar el dolor.
- ✖ Ver el dolor como algo inherente al envejecimiento (tanto la familia como los profesionales sanitarios).

3.2.2.2 Problemas ajenos al anciano con demencia:

Además de la dificultad de detectar y evaluar el dolor en los pacientes con deterioro cognitivo, otros factores también pueden afectar a la hora de valorar el dolor en el anciano con demencia, como la **falta de conocimiento** entre los profesionales (42).

Se han realizado diversos estudios en los que se ha demostrado que los profesionales de la salud carecen de conocimientos adecuados sobre valoración del dolor. Incluso en alguno de ellos, son los propios profesionales los que priorizan esta necesidad (43,44).

Además se ha comprobado que, a la hora de llevar a cabo una valoración adecuada del dolor en los ancianos con demencia, las **políticas del centro** juegan un papel muy importante (45).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia de un programa de formación dirigida a profesionales de la salud sobre valoración del dolor en ancianos con demencia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo 1. Identificar a los ancianos con demencia que están diagnosticados de dolor o están en tratamiento analgésico.

Objetivo 2. Describir los conocimientos que tiene el profesional de salud acerca de métodos de valoración del dolor.

Objetivo 3. Identificar las necesidades educativas de los profesionales sanitarios con respecto a la demencia y dolor.

Objetivo 4. Identificar las prácticas actuales de valoración del dolor en ancianos dementes en el ámbito residencial.

Objetivo 5. Indagar sobre las dificultades que pueden encontrar los sanitarios a la hora de interpretar los signos y síntomas de dolor en el anciano demente.

Objetivo 6. Evaluar el impacto de la intervención en los conocimientos de los profesionales.

Objetivo 7. Evaluar el impacto de la intervención en el diagnóstico de dolor.

5. METODOLOGIA

5.1 POBLACIÓN DIANA

La intervención del presente trabajo está destinada a **profesionales de la salud** que trabajan con pacientes ancianos diagnosticados de demencia. Concretamente se trata de profesionales que trabajan en la **residencia Lleida Balàfia**. Se trata de un centro del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), del Departamento de Bienestar Social y Familiar, gestionado desde su puesta en marcha, en febrero de 2006, por Gestión de Servicios Sanitarios (GSS). Dispone de 96 plazas de acogida residencial (46).

La **población objeto** de la intervención está formada por un médico, cinco enfermeras, tres fisioterapeutas y 16 auxiliares. Se ha decidido formar a todos los profesionales porque todos ellos están en contacto con el paciente y es recomendable que se unifiquen criterios acerca de los métodos de valoración del dolor en el anciano demente.

Además, de forma indirecta la intervención también estará dirigida a los **residentes con demencia**, ya que será a ellos a los que se evaluará la presencia de dolor.

5.2 METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA

Para efectuar la intervención propuesta, se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos PubMed, para revisar publicaciones científicas sobre intervención en profesionales de la salud acerca de métodos de valoración del dolor en ancianos con demencia desde el año 2005 al 2014.

Se ha llevado a cabo una primera búsqueda a través de palabras clave (educación AND continuada AND enfermeras, valoración AND dolor AND demencia, formación AND enfermería AND dolor AND demencia) tanto en inglés como en castellano. La búsqueda ha dado lugar a un importante número de artículos, sobre todo en inglés, de los cuales se ha hecho una selección con los criterios expuestos más adelante, para la elaboración de mi intervención. En total se han seleccionado cuatro artículos.

Criterios de inclusión de artículos:

A la hora de seleccionar las publicaciones se han tenido en cuenta los siguientes criterios:

- 1) Que las intervenciones fueran dirigidas a profesionales de la salud.
- 2) Que sean intervenciones llevadas a cabo a partir del 2005.
- 3) Que las intervenciones fueran llevadas a cabo a profesionales que trabajan en residencias/centros de atención a largo plazo.

Criterios de exclusión de artículos:

- 1) Intervenciones dirigidas únicamente al cuidador familiar.
- 2) Intervenciones que no aportaban evaluación y resultados del proyecto llevado a cabo.

A continuación se detalla en la tabla 1 las intervenciones escogidas en relación a la formación de dolor a profesionales.

Tabla 1. Primera búsqueda bibliográfica.

Autor y año	Características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos de evaluación	Intervención	Principales resultados
Keeney, C.E et.al, 2008 (45)	Administradores de la atención a largo plazo.	Estudio piloto de intervención	Entrevistas con los administradores, instalaciones y datos demográficos del residente; auditorías de gráficos para la evaluación del dolor y manejo de datos; auditorías de farmacia, encuestas telefónicas.	<p>Fase 1: Entrevista a los administradores de los centros para determinar las políticas y prácticas de manejo del dolor actual.</p> <p>Fase 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recopilación de datos de referencia - Creación o modificación de las políticas y procedimientos para el dolor. - Implementación de un programa de manejo del dolor. - Presentación de los programas educativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las políticas y prácticas de gestión de dolor fueron inadecuados antes de la intervención del estudio. - Las instalaciones no tenían políticas o procedimientos continuos requeridos (diaria, semanal, etc) de evaluación del dolor. - A raíz de la intervención, la evaluación del dolor se incrementó significativamente y se proporcionó tratamiento analgésico a la gran mayoría de los que indicaban dolor. - Todos los centros contaban con un programa de evaluación estandarizada del dolor, un año después de completar el estudio. - Los programas de manejo del dolor estandarizadas son fundamentales para mejorar el manejo del dolor en los centros de atención a largo plazo.

Autor y año	Características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos de evaluación	Intervención	Principales resultados
Ghandehari, O et al, 2013 (47)	n = 131 cuidadores 70 enfermeras 61 auxiliares	Análisis cualitativo	Cuestionarios relacionados con el dolor, actitudes y creencias.	Dos grupos al azar: - Programa interactivo de formación del dolor (1*) - Programa control interactivo de formación general (sin tema específico) (2*)	<p>- Los participantes del programa 1* demostraron grandes beneficios comparados con participantes de control, con respecto al conocimiento del dolor y creencias de dolor.</p> <p>- Existen barreras relacionadas con estrategias de dolor.</p> <p>No obstante los participantes de educación del dolor informaron que han vencido estas barreras y utilizaron las estrategias de control del dolor 4 veces más que los participantes control.</p>

Autor y año	Características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos de evaluación	Intervención	Principales resultados
Leone A.F. Standoli F. Hirth V., 2005 (48)	n = 40 pacientes	Proyecto de mejora de calidad.	Evaluación basal del nivel de dolor aplicando herramientas adoptadas.	Revisión de historias clínicas de los pacientes: - Presencia o ausencia de signos de dolor. - Medicación para el dolor. Introducción y aprobación, por parte del personal médico y enfermero, de herramientas estandarizadas para la evaluación del dolor verbal y no verbal. Se implementaron sesiones de capacitación para la utilización de las herramientas.	- El 84,2% de la población de estudio eran mujeres - Edad media fue de 91,4 años. - El 50% de los ancianos tenían dolor leve a moderado. - Algunos pacientes recibían más analgesia de la necesaria. - El 33,3% de los pacientes cognitivamente deteriorados presentaban dolor leve. En comparación con el 17,6% de los que estaban cognitivamente sanos. - El personal de enfermería adoptó con éxito las herramientas elegidas para el dolor.

Autor y año	Características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos de evaluación	Intervención	Principales resultados
Mimi Mun Yee Tse; Suki S. K. Ho; 2014 (44)	n=88 sanitarios de 4 residencias.	Pre-test cuasi-experimental y diseño post-test.	Cuestionario Pre y post intervención que consta de dos partes: 1) Datos demográficos 2) Cuestionario NKASRP-C	Programa diseñado e impartido por el equipo de investigación (enfermeras y un fisioterapeuta) Contenido teórico: Tipos comunes de dolor en los hogares de ancianos, evaluación del dolor, farmacología, drogadicción y dependencia, efectos secundarios y estrategias de manejo no farmacológico. Sesiones: Dos sesiones simultáneas de 1 hora/semana durante 8 semanas. - Intervención práctica , con escenarios basados en la clínica. - Presentación de videoclips basados en escenarios respecto a la evaluación del dolor y el tratamiento del dolor, para estimular la discusión y el entendimiento de los conceptos de manejo del dolor.	- Se comprobó que el personal de enfermería carecía de conocimientos adecuados. - Más del 50% afirmó en las entrevistas pretest que "el personal de enfermería no puede llevar a cabo la gestión eficaz del dolor para las personas mayores, porque tienen un conocimiento insuficiente del dolor y los analgésicos" Después de la intervención: - Por lo general, los sanitarios mejoraron sus puntuaciones en todas las preguntas después del programa. - Se puede afirmar la eficacia de las 8 semanas de programa en la mejora de los conocimientos y actitudes.

Después de presentar la búsqueda bibliográfica, se pasa a desarrollar la síntesis de la evidencia encontrada:

En relación a **profesionales** a los que va dirigida la intervención llevada a cabo, en todos los artículos van destinados a profesionales de la salud que trabajan en centros de larga estancia. En uno de los artículos se aplica la escala aprendida a los pacientes para demostrar su eficacia.

Con respecto al **tipo de estudio**, los cuatro seleccionados son diferentes, siendo un estudio piloto de intervención, un análisis cualitativo, un proyecto de mejora y un pre-test cuasi experimental con diseño post-test.

Los **instrumentos de evaluación** que se utilizan en la mayoría de los artículos seleccionados son cuestionarios pre y post intervención en los que además, inicialmente, se recopilan datos demográficos y de conocimientos previos a la intervención. En otro de ellos, además utiliza el cuestionario NKASRP, útil para averiguar información sobre el conocimiento de las enfermeras acerca del dolor (49). Dicho informe utiliza varias preguntas de verdadero/falso y otras de respuesta múltiple. Solamente en uno de los artículos se utiliza como instrumento de evaluación la herramienta adoptada por los profesionales.

En cuanto a las **intervenciones** que se llevan a cabo, en dos de los artículos se realiza una recopilación de datos previa a la intervención. En otro de los artículos hay un grupo intervención al que se aplica un programa y se compara con un grupo control. Solamente en una de las intervenciones se realiza una intervención práctica y presentación de videoclips basados en escenarios sobre evaluación del dolor, aparte de la formación teórica sobre diferentes temas del dolor.

Con respecto a los **resultados obtenidos**, dos de los artículos coinciden y demuestran que los profesionales de la salud que tratan con este tipo de pacientes carecen de conocimientos acerca de la evaluación del dolor. En el artículo que incluye un grupo control, se concluye que si la intervención se realiza teniendo en cuenta un tema específico, se demuestran más beneficios y utilizan más estrategias de control del dolor comparados con participantes a los que la formación se ha dado de forma general. En la intervención que se formó a enfermeras sobre herramientas estandarizadas, entre otros temas, se demostró que el personal de enfermería adoptó con éxito las herramientas elegidas.

Dada la poca evidencia hallada en la bibliografía, y debido a que muchos de los artículos encontrados no se ajustaban a las necesidades de búsqueda, se ha optado por realizar otra búsqueda bibliográfica sobre intervenciones dirigidas a profesionales, pero orientadas en otros campos, para seguir indagando sobre un mejor método de intervención.

Para ello se han utilizado las palabras clave (formación AND profesionales AND salud, educación AND continuada AND enfermeras) tanto en castellano como en inglés. La búsqueda ha dado lugar a un número de artículos de los cuales se han seleccionado tres.

Los criterios de inclusión que se han seguido para llevar a cabo la búsqueda son:

- 1) Que las intervenciones fueran dirigidas a profesionales de la salud y/o estudiantes de enfermería.
- 2) Que fueran intervenciones llevadas a cabo a partir de 2005.
- 3) Que se trate de intervenciones sin un tema específico.

Los criterios de exclusión a seguir son:

- 1) Que la intervención esté dirigida al cuidador.

Seguidamente, se detalla en la tabla 2 las intervenciones escogidas en relación a la formación de profesionales.

Tabla 2. Segunda búsqueda bibliográfica.

Autor y año	características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos de evaluación	Intervención	Principales resultados
Elizabeth Manias, Stephen J. Gibson y Sue Finch, 2011 (50)	<p>n = 34 enfermeras (17 enfermeras de cada hospital).</p> <p>Estas enfermeras intervinieron en 192 pacientes.</p>	Diseño de una intervención de un grupo control no equivalente	<p>Se utilizaron cinco herramientas de evaluación para el dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala analógica visual (EVA) - Escala dolor Faces Revisada (FPS-R) - Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) - PAINAD - Escala Abadía de dolor. 	<p>- <u>Enfermeras de intervención</u>: Recibieron una intervención estructurada que incluye 6 horas de instrucción y 2 horas de demostración clínica en el ámbito de la práctica. La demostración clínica consistió en la utilización de pacientes reales en la cabecera para explicar conceptos claves y para permitir a las enfermeras a la práctica lo que habían aprendido.</p> <p>- <u>Enfermeras control</u>: Recibieron sesiones habituales de enseñanza.</p> <p>Se realizan sesiones de educación en el servicio que el personal se encuentra habitualmente. No se realizaron sesiones específicas sobre evaluación y gestión del dolor.</p>	<p>- Se observaron mejoras en la intensidad del dolor en reposo y en movimiento en la unidad de intervención en la etapa posterior a la intervención y en la etapa posterior a la intervención de 3 meses.</p> <p>- Hubo una tendencia de los pacientes a ser tratados con analgésicos en un horario de dosis fija después de la implementación del programa en la unidad de intervención.</p> <p>- Mostró que el uso de una intervención estructurada que comprende el contenido educativo y papel clínico ayuda a reducir la intensidad del dolor que experimentan los pacientes de mayor edad.</p> <p>- Demostró además una mejoría en las formas en que las enfermeras evaluaron el dolor.</p>

Autor y año	Características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos de evaluación	Intervención	Principales resultados
W Maltinsky, et al, 2013 (51)	<p>27 Estudiantes de diferentes zonas de la región de Tierras Altas de Escocia.</p> <p>12 recibieron educación cara a cara, 5 mixta y 10 a través de video conferencia</p>	Proyecto piloto	A través de cuestionarios post-curso.	Clases de educación en diabetes diseñado e impartido por un educador de la diabetes a través de videoconferencias o cara a cara.	<p>El porcentaje de las cuotas aprobadas (81% frente a frente vs 80% VC) pone de manifiesto que no hay diferencia en la entrega y retención de habilidades y conocimientos entre los que recibieron la formación presencial a la cara y los que recibieron la capacitación por VC.</p> <p>La retroalimentación de los participantes indica que el VC facilitó el acceso de los participantes geográficamente periféricos que de otro modo habrían tenido dificultades para asistir a la capacitación.</p>

Autor y año	Características de la muestra	Tipo de estudio	Instrumentos de evaluación	Intervención	Principales resultados
Nagamatsu, Y et al. (52)	n = 188 enfermeras - Programa: 96 - Grupo control: 92	Estudio aleatorio controlado	Se midieron tres resultados principales: (a) el conocimiento y el tratamiento de MPM (Mesotelioma pleural maligno), (b) dificultades en la atención de pacientes con MPM y (c) la actitud hacia el cuidado de pacientes con MPM. - Knowledge and Treatment of MPM Scale - Difficulties in Caring for Patients with MPM Scale	Un programa de dos días (14,5 h) y un programa de seguimiento (3-h), llevado a cabo por expertos. Tres cuestionarios: Al inicio, justo después del programa y un mes después. Además de un cuestionario sobre datos demográficos al inicio del estudio. <u>Grupo de intervención:</u> Programa de Educación sobre el cuidado de enfermería de pacientes con MPM (Mesotelioma pleural maligno) <u>Grupo control:</u> Auto- estudio de un manual de contenido similar Un mes después del programa principal, se llevaron a cabo los programas de seguimiento de tres horas (10 programas en total)	- El programa fue efectivo para aumentar el conocimiento de las enfermeras, la disminución de la dificultad y la mejora de la actitud , en comparación con el auto-estudio con un manual. - Los conocimientos y actitudes en las puntuaciones post-test se incrementaron de manera significativa y se redujo sólo ligeramente después de un mes en el grupo de intervención. - Las puntuaciones de dificultad también se redujeron en el post-test y cayeron aún más un mes más tarde en el grupo de intervención. - Esto se debió a las enfermeras aplicaron lo aprendido en el programa durante ese mes y compartieron experiencias con otras enfermeras en los programas de seguimiento para apoyarse mutuamente.

A continuació se desenvolupa la síntesi de la evidència encontrada en els articles trobats per complementar la informació prèvia:

Con respecte a la **mostra** utilitzada, dos d'ells dirigeixen la seva intervenció a infermeres d'un centre residencial i l'altre se dirigeix a estudiants d'infermeria.

En relació al **tipus de estudi**, se ha vist que els tres són totalment diferents. Dos d'ells són un disseny d'intervenció amb un grup control no equivalent i l'altre es tracta d'un projecte pilot.

En relació a les **instrumentes de avaluació** utilitzats, un dels articles utilitza escales per mesurar els seus resultats. Un altre d'ells realitza un qüestionari post-curso. Finalment, el tercer dels articles utilitza una combinació dels anteriors avaluant a través d'un qüestionari de coneixements i mitjançant escales.

Con respecte a la **intervenció** duta a terme, en dos dels articles s'utilitzen infermeres d'intervenció i infermeres control per comparar dos mètodes d'intervenció. En l'altre article es realitzen classes teòriques, unes a través de videoconferència i altres de forma presencial (cara a cara).

Els **resultats obtinguts** mostren que en els dos articles en els quals es comparava el grup d'intervenció amb el grup control, es produïen millores a nivell de coneixements i en la aplicació de lo après. En l'article de la videoconferència i cara a cara, no es trobaven diferències estadísticament significatives.

Després d'aquesta cerca i de comparar els diferents articles trobats, la meua intervenció es basarà en un programa educatiu per professionals de la salut, que incorpora alguns dels aspectes més eficaços i amb millors resultats de les intervencions seleccionades, tant per professionals com per la gent gran.

6. Intervención dirigida a profesionales de la salud en residencias sobre valoración del dolor en el anciano con demencia.

6.1 JUSTIFICACIÓN

La intervención va dirigida a profesionales de la salud que trabajan en el ámbito institucional, concretamente en una residencia de la ciudad de Lleida: **Residencia Lleida Balàfia**. Se ha elegido este centro porque se trata de una residencia pública, en la que se ha demostrado que el porcentaje de residentes con algún tipo de deterioro cognitivo es elevado. El 31 de diciembre de 2013 se llevó a cabo un estudio en el que, según la Escala de Deterioro de Reisberg (GDS), la situación de los usuarios del centro es la siguiente (46):

- El 12% no presentan deterioro cognitivo.
- El 15% presentan un deterioro leve-muy leve.
- El 75% presentan un deterioro moderado, moderado-grave, grave o muy grave.
- El 88% presenta algún tipo de deterioro cognitivo.

Además existe un aumento de las personas con algún tipo de deterioro cognitivo respecto al año anterior, pasando del 84% al 88% del total de 96 residentes.

La intervención se centrará en la **educación al profesional**. Al tratarse de un tema novedoso y poco estudiado, se ha encontrado escasa evidencia de intervención, y lo poco que existe, está encaminado a la formación profesional. Además, el profesional sanitario en el ámbito residencial es el que está en mayor contacto con este tipo de pacientes.

Igualmente quiero centrarme en el personal que trabaja en **residencias de ancianos** ya que la evidencia nos muestra que la prevalencia de demencia en instituciones es mayor a la que existe en la comunidad (20). Aproximadamente las dos terceras partes de las personas mayores que viven en residencia padecen demencia (19).

Con respecto a la forma de llevar a cabo la formación, las clases serán impartidas de **forma presencial** (cara a cara). Algunos estudios han demostrado que no hay

diferencias estadísticamente significativas entre la formación por videoconferencia (VC) y la formación presencial cara a cara. Asimismo, se ha visto que en la VC se produce una interactividad restringida y se pueden producir fallos informáticos que pueden llevar a retrasos en las clases. También se ha comprobado que la VC facilita el acceso de profesionales geográficamente distanciados, pero ya que en nuestro equipo no se da el caso debido a que los profesionales se encuentran en el mismo espacio físico, se ha decidido realizar clases presenciales en las que tanto formadores como formados puedan estar en estrecho contacto.

En relación a la escala elegida para formar a los profesionales, se ha decidido utilizar la **escala PAINAD**, ya que después de realizar una búsqueda acerca de las diferentes escalas validadas para la valoración del dolor en ancianos cognitivamente deteriorados, la escala PAINAD es la única en la que se ha encontrado evidencia de validación al español y además ésta es más actual. También se trata de una escala muy breve que no requiere mucho tiempo para completarla y puede realizarla cualquier profesional de la salud que esté en contacto con estos ancianos.

6.2 DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención tendrá una duración de 5 meses y será dividida en tres fases: pre-intervención, intervención y post-intervención.

Las sesiones se realizarán en un salón que se encuentra en el mismo centro. Las clases se llevarán a cabo en horario laboral, los miércoles a las 15h. En total se llevarán a cabo 12 sesiones.

1- FASE DE PRE-INTERVENCIÓN:

La duración de esta fase será de **1 mes**. En primer lugar, se reunirá al grupo de profesionales que actualmente estén trabajando en el centro para hacerles sabedores del propósito que se quiere llevar a cabo. Entre todos, escogerán a dos miembros del equipo que tengan cualidades para la formación, que posean buena relación con todos los profesionales y que estén dispuestos y comprometidos, para que sean ellos los que se encarguen de formar a los demás componentes del equipo de trabajo acerca del tema propuesto. Las dos personas elegidas realizarán un curso de formador

de formadores en valoración del dolor en dementes que tendrá una duración de una semana.

Durante este mes además se recogerán los siguientes datos: Presencia de dolor, descripción del dolor: agudo/crónico y tratamiento analgésico. Para ello se llevará a cabo una **revisión de las historias clínicas** de los pacientes diagnosticados con demencia. Esta actividad está basada en uno de los artículos seleccionados (48). El registro de esta información además responderá el objetivo 1.

Por último, y para evaluar el objetivo 2, se pasará a los profesionales una **encuesta de conocimientos y actitudes** acerca del dolor en el anciano con demencia. Para ello se utilizará un cuestionario validado, basado en la NKASRP (44), explicado anteriormente. El cuestionario ha sido traducido y modificado para la realización de este proyecto. En tres de los artículos revisados se realizaba un cuestionario previo de conocimientos sobre el tema (44,47,52).

Además se hará escribir a los profesionales hasta 5 **necesidades educativas** que ellos crean precisar con respecto a la valoración del dolor en ancianos con demencia. Se ha propuesto esta actividad ya que en alguno de los artículos encontrados, son los propios profesionales los que afirman tener necesidades educativas acerca del dolor en el anciano demente (43). Con ello se resolverá el objetivo 3.

Por último se incluirá una pregunta acerca de las **herramientas estandarizadas** que se utilizan en el centro para la valoración del dolor, basándome en dos de los artículos hallados (45,48), los cuales indagan sobre los métodos de valoración que los sanitarios utilizan. Este último dato resuelve el objetivo 4. (Anexo 6)

2- FASE DE INTERVENCIÓN:

La fase de intervención tendrá una duración de **2 meses**.

Durante el primer mes se realizarán **clases teóricas** de 2h. Las clases serán llevadas a cabo por las dos personas elegidas como formadores. Todas las sesiones estarán estructuradas de la misma forma para llevarlas a cabo: Al inicio de la clase se presentará el tema a tratar y los presentes deberán dar su opinión, inquietudes, etc... acerca del tema. Seguidamente se llevará a cabo la clase teórica, cuya duración será de 1h aproximadamente. Finalmente, se dejará tiempo para dudas y preguntas, y la clase concluirá con una reflexión de cada uno de los componentes acerca de lo tratado.

Además se permitirá a los presentes compartir conocimientos, autopercepciones y experiencias en el cuidado del anciano demente con dolor. Al tratarse de un grupo multidisciplinar, se produce un intercambio de conocimientos que hacen que las clases sean más dinámicas y que “todos puedan aprender de todos”.

Se ha decidido realizar clases de carácter teórico ya que esto se lleva a cabo en la mayoría de los artículos revisados en la bibliografía (44,47,48,50–52).

Se incluirán cuatro temas generales que se impartirán en las clases teóricas, aunque también se dejará un espacio de tiempo para responder a las demandas de formación de los profesionales. Estos últimos se tratarán de temas propuestos por los propios profesionales, a partir de la información extraída sobre las necesidades educativas que se lleva a cabo en la pre-intervención.

Los temas generales en las clases teóricas serán:

1. Demencia: Definición, epidemiología, causas, manifestaciones...
2. El dolor en el anciano: Dolor agudo, dolor crónico y sintomatología atípica.
3. Características del dolor en el anciano con demencia.
4. Métodos de valoración del dolor en ancianos con demencia. Escala PAINAD.

La teoría está dividida en cuatro temas, siguiendo el ejemplo de una de las intervenciones encontradas en la bibliografía (51).

Se ha decidido incluir en la formación dos primeras clases en las que se trata la demencia y dolor porque creo que es interesante introducir ambos temas para que los sanitarios se sitúen en el contexto de la formación. Además en tres de los artículos encontrados se realiza una explicación previa del tema a tratar (44,47,51).

Seguidamente se expone un tema en el que se unen “demencia” y “dolor” para que los sanitarios sean conscientes de la problemática que existe.

Por último se presenta un cuarto tema en el que se enseñará a los sanitarios una escala validada útil para su práctica clínica. Esta actividad está basada en artículos hallados, en los que se enseña al equipo de salud una o varias herramientas de valoración (48,50).

Después de la formación teórica se llevarán a cabo varias **sesiones prácticas** en las que los profesionales podrán poner en práctica lo aprendido en pacientes reales de su mismo entorno de trabajo. Tendrá una duración de dos semanas y cada sesión será de entre 60 a 90 minutos.

Se ha decidido llevar a cabo sesiones prácticas ya que es importante explicar a los sanitarios conceptos claves y así puedan poner en práctica lo aprendido, siendo así conscientes de las dificultades que puedan tener a la hora de estar delante del paciente (44,50). Esto es apoyado por Huang (2002) y Knowles (1998) quienes afirman que los adultos son motivados a aprender lo enseñado cuando entienden el propósito y las aplicaciones prácticas (44).

En la primera sesión se harán varios grupos pequeños y cada uno elegirá a un residente para poder aplicar la escala aprendida. Además los profesionales deberán apuntar los signos de dolor que crean ver en el anciano. Esta primera sesión se llevará a cabo con la supervisión y soporte de los dos formadores para que puedan resolver todas las dudas que vayan surgiendo.

La segunda sesión práctica se llevará a cabo sin supervisión, en la que los participantes volverán a valorar al residente con la misma escala y poder compararlo con la semana anterior. Finalmente se pondrán en común los resultados y las reflexiones de cada grupo.

Para finalizar la fase de intervención se realizarán dos sesiones de 2h. En la primera de ellas, se dividirá la clase en tres grupos para que cada grupo cree un **póster** en el que aparezcan conceptos aprendidos con respecto a la valoración del dolor en el anciano demente. En el anexo 7 se muestra un ejemplo de póster.

A la semana siguiente el grupo podrá terminar el póster si todavía no lo terminó la semana anterior y **se elegirá el mejor de ellos**, para posteriormente, realizar copias y colgarlo por las diferentes plantas del centro con la función de recordar al personal conceptos básicos sobre valoración del dolor en su práctica habitual. Para finalizar, **se debatirá** sobre todo el periodo de formación llevado a cabo, sensaciones, opiniones, preguntas...

3- FASE DE POST-INTERVENCIÓN

Un mes después se volverá a reunir a los profesionales y se pasará otra **encuesta de conocimientos y actitudes** que incluye una pregunta en la que habrán de explicar las **dificultades** que han encontrado a la hora de llevar a la práctica real los conceptos aprendidos. Este cuestionario post intervención está basado en tres de los artículos revisados en la bibliografía (44,51,52). De esta forma se evaluarán el objetivo 5 y 6 propuesto. Ésta última pregunta puede sernos muy útil para realizar cambios en la metodología de formación o introducir conocimientos que en la actual formación no están incluidos, en el caso de que se quiera realizar la intervención en otro centro.

A los 2 meses además se volverá a realizar otra **revisión de la historia** de los pacientes anteriormente intervenidos para comprobar si ha habido algún diagnóstico más de dolor que, previamente a la formación, no había sido diagnosticado. Esta revisión de la historia nos será útil para evaluar el último de los objetivos propuestos (objetivo 7), ya que durante este tiempo, los profesionales deberán poner en práctica los conocimientos aprendidos durante la formación.

6.3 CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN

		ENERO			FEBRERO				MARZO				ABRIL	MAYO
ACTIVIDADES		Día 7	Días 14-21	Día 28	Día 4	Día 11	Día 18	Día 25	Día 4	Día 11	Día 18	Día 25	Día 29	Día 27
PRE INTERVENCIÓN	Reunión de grupo/ Información													
	Escoger formador de formadores													
	Formación de los formadores													
	Revisión historia clínica residentes con demencia													
	Encuesta NKASRP, herramientas validadas y necesidades educativas													
INTERVENCIÓN	Clases teóricas													
	Clases prácticas													
	Creación del póster													
	Debate final													

POST INTERVENCIÓN	Encuesta de conocimientos y actitudes y explicar dificultades													
	Revisión de historias clínicas de los ancianos intervenidos													

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Para llevar a cabo mi intervención en dicha residencia, en primer lugar se ha necesitado una **autorización del centro residencial** para llevar a cabo el proyecto. Se ha ido a hablar con el director de la residencia y se le ha presentado la intervención que se pretende realizar.

Seguidamente se ha pasado un **consentimiento informado a los familiares** de los pacientes, ya que será necesario identificar datos clínicos y personales de anciano. Al tratarse de pacientes con demencia y por lo tanto incapacitados para autorizar dicha intervención, el consentimiento se pasará a un familiar o en su ausencia al tutor asignado.

La información adquirida de cada paciente es totalmente confidencial y no se hará público ningún dato que pueda ocasionar pérdida de su intimidad, teniendo en cuenta en todo momento la **Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal**, cuyo objetivo es garantizar y proteger las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, en especial su honor, intimidad y privacidad personal y familiar (53).

Además será necesario que los profesionales firmen un **consentimiento informado** para solicitar su autorización, y además se les facilitará información acerca del proyecto. La participación será **confidencial** y totalmente **voluntaria**.

Por último se requerirá la **aprobación del proyecto en el comité ético**, que se encuentra en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV), cuyo objetivo es establecer y difundir los valores que el Hospital promueve, tanto en la práctica asistencia como en la docencia e investigación (54).

Dentro de las **consideraciones legales** añadir que las enfermeras del centro, tanto en su práctica clínica como durante la intervención que se quiere llevar a cabo, deberán actuar siempre de acuerdo con el código deontológico de la profesión enfermera (55). En él podemos destacar:

Capítulo II: La enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras/os.

- Artículo 6: Las enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.
- Artículo 7: El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la enfermera/o.
- Artículo 8: Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Capítulo III: Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería:

- Artículo 17: La enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.
- Artículo 19: la enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Capítulo VIII: La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad.

- Artículo 46: La enfermera/o debe incluir en sus programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La idea de la elaboración de este trabajo surgió de la necesidad de resolver un problema de interés enfermero. Debido a la creciente incidencia de demencia que existe en las residencias de nuestro país, en primer lugar decidí centrar el tema en esta tipología de pacientes.

Durante la búsqueda bibliográfica fui además consciente de que el dolor es uno de los problemas que también afectan a estos ancianos, repercutiendo en su salud y bienestar. Con todo esto y debido a que se ha demostrado que los profesionales de la salud carecen de conocimientos acerca del dolor en el anciano con demencia, decidí finalmente realizar una intervención dirigida a profesionales de la salud sobre valoración del dolor en el anciano demente.

Durante la elaboración de este proyecto han ido surgiendo algunos problemas que han hecho que la búsqueda bibliográfica fuera más costosa de lo esperado. Debido a que el tema escogido es bastante innovador y poco estudiado, la evidencia de intervenciones realizadas fue bastante escasa. Únicamente se encontraron artículos en inglés y algún que otro en francés, y no todos ellos fueron válidos para la realización de este trabajo.

Sin embargo, y a pesar de las limitaciones encontradas a la hora de elaborarlo, ha sido bastante positivo poder llevar a cabo un proyecto de este calibre. He sido consciente de que los profesionales de la salud tenemos necesidades de formación acerca de ciertos ámbitos, que si fueran resueltas, podría ser beneficioso tanto para nuestra práctica clínica, como para los pacientes que tenemos a nuestro cargo.

Después de lo encontrado en la bibliografía y de desarrollar mi intervención, creo que gracias a proyectos como el que he elaborado puede disminuir el infradiagnóstico y con él, el infratratamiento del dolor en los ancianos con demencia.

Las instituciones y el personal sanitario deben disponer de herramientas de detección del dolor, observando su presencia en los residentes a través de escalas que analicen respuestas no verbales al dolor. Una vez detectada la presencia de dolor, la realización

de un procedimiento de actuación multidisciplinario, permitirá una mejora de la calidad asistencial en estos pacientes.

Este propósito no solo se puede llevar a cabo en el ámbito residencial, sino que también se puede dar en el hospitalario y comunitario, ya que la escala propuesta es muy sencilla y puede ser desarrollada por cualquier tipo de profesional en el terreno sanitario.

Además este proyecto puede llegar a ser bastante factible ya que hay pocas intervenciones de este tipo y se ha comprobado que los profesionales de la salud carecen de estos conocimientos, los cuales son clave a la hora de tratar con ancianos diagnosticados de demencia.

A pesar de los proyectos realizados durante los últimos años, es necesario profundizar en esta área y continuar desarrollando proyectos clínicos innovadores. Asimismo, es necesario promover el aprendizaje continuo entre los profesionales de la salud para mejorar la práctica clínica en este campo y satisfacer las crecientes necesidades de la población geriátrica.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Peñafiel A. Valoración del dolor en la demencia. Rev Enfermería Gerontológica. 2010;(14):24–7.
2. Álaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, et al. Demencia y dolor. Rev la Soc Española del Dolor. Arán Ediciones, S.L.; 18(3):176–86.
3. Ruiz A, Iranzo J. Evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8:392–6.
4. Varios autores. Tratado de geriatría para residentes. SEGG, editor. Madrid; 2007.
5. INE. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico de España 2011. 2011. p. 31–71.
6. (WHO) World Health Organization. Dementia: a public health priority. World Health Organization (WHO), editor. United Kingdom; 2012.
7. Castel A. Sociedad española del dolor [Internet]. Evaluación del dolor en el paciente geriátrico. 2004. Available from: www.sedolor.es
8. Perez V, Sierra F. Biología del envejecimiento. Rev Med Chil. 2009;137(2).
9. Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Gómez Martínez A. Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial. Rev Neurol. 2004;38(6):506–10.
10. Almenar C. Síntomas cognitivos de la demencia. Inf psiquiátricas. 2007;(Nº 189).
11. Peña Casanova J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: Conceptos y hechos. Fundación “la Caixa,” editor. 1999.
12. grupo de Jesús de Pedro. Centro de investigación biomédica en red. Enfermedades neurodegenerativas. [Internet]. Prevalencia de la demencia en España. 2013. Available from: <http://ciberned.es/es/grupo-cuesta>
13. Abellán M, Agüera L, Aguilar M, Alcolea D. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guías Práctica Clínica en el SNS. 2009;
14. Marín Carmona JM. Dolor y síntomas no expresados: La otra demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44.

15. Lázaro M. Caídas en el paciente con diagnóstico de demencia. Alzheimer, Real e Investig en Demenc [Internet]. 2003;(Nº27). Available from: <http://www.revistaalzheimer.com/>
16. Camina MA, Barrera S, Domínguez L, Couceiro C, de Mateo B, Redondo MP. Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. Rev Nutr Hosp. 2012;27(2):434–40.
17. Caballero J., Benítez J. Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Soc Española Geriatria y Gerontol. 2011;
18. Confederación española de familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA). Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer [Internet]. Primera Ed. Instituto de mayores y servicios sociales, editor. Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer (CEAFA). 2008. Available from: www.imsero.es
19. Prieto C, Eimil M, López de Silanes C, Llanera M. Impacto de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. Fundación española de enfermedades neurológicas (feen). 2011. Available from: <http://www.fundaciondelcerebro.es/>
20. Salmerón M, Alonso P. Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. Rev del Minist Trab y Asuntos Soc. 2006;60:129–47.
21. Roca Socarrás AC. Particularidades de la atención a las demencias en el hogar de ancianos. Rev Finlay. 2011;1(3):202–13.
22. López R, López J, Castrodeza F, (et.al). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: Estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(1):5–11.
23. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE). 22ª ed. 2001.
24. Fernández C, Gutiérrez J, López R, López JA, Vilorio MA. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Dolor crónico en el anciano. 2012.
25. Gil Gregorio P, Moreno A, Rodríguez M., Zarco J. Manejo del dolor del anciano en Atención Primaria (Estudio ADA). Rev Clínica Española. 2007;207(4):166–71.
26. Covarrubias Gómez A. Manejo del dolor en el paciente anciano. Rev Mex Anesthesiol. 2006;29(1):207–9.
27. Franco M, Lucas AS De. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8(1):29–38.

28. Martínez Salio A. El papel del neurólogo en el tratamiento del paciente con dolor crónico. *Rev Neurol.* 2005;41(11):641–2.
29. Pichardo Fuster A. Dolor crónico en el anciano. *Dolor Clínica y Ter.* 2005;1(5).
30. Cardona A. Revista Médica Electrónica de PortalesMédicos.com [Internet]. El dolor en el anciano con demencia severa. 2013. Available from: <http://www.portalesmedicos.com>
31. Baeza Lanuza R. Desarrollo de un instrumento para la valoración del dolor en personas con trastorno cognitivo grave: La escala de evaluación del dolor en ancianos dementes (EDAD). 2006.
32. Limón E, Planells G. Evaluación y tratamiento del dolor en el paciente con demencia avanzada. 2010 p. 1–2.
33. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. 1ª edición. Madrid; 2008.
34. Cátedra extraordinaria del dolor. Fundación Grünenthal de la universidad de Salamanca. Dolor en paciente anciano. Reunión de expertos. 2004. p. 1–102.
35. Villanueva M, Smith T, Erickson J, Lee A, Singer C. Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE): reliability and validity of a new measure. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):1–8.
36. Sign B, Orrell M. The development, validity and reliability of a new scale for rating pain in dementia (RAPID). 2003.
37. Gossard F, Nguyen-Ong VT. Douleur et démence, comment soulager? *Le Médecin du Québec.* 2010;45(8):37–44.
38. Fuchs Lacelle S, Hadjistavropoulos T, Lix L. Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. *Clin J Pain.* 2008;24(8):697–707.
39. Nygaard H, Jarland M. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age Ageing.* 2006;35(1):79–81.
40. Snow A, Weber J, O'Malley K, Beck C, Brurera E, Ashton C, et al. NOPPAIN: A nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2004;17(3):240–6.
41. García Soler A, Sánxhez Iglesias I, Buiza Bueno C, Alaba J, Navarro Prados A, Arriola Manchola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada (PAINAD-Sp). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(1):10–4.

42. Savoie M. Comment évaluer la douleur en présence de démence grave. *La Rev Can la Mal d'Alzheimer autres démences*. 2008;11(3):21–5.
43. Tousignant Y, Tousignant M, Lussier D, Lebel P, Savoie M, Lalonde L, et al. Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain Res Manag*. 2012;17(5):341–6.
44. Tse MMY, Ho SSK. Enhancing knowledge and attitudes in pain management: a pain management education program for nursing home staff. *Pain Manag Nurs*. American Society for Pain Management Nursing; 2014 Mar;15(1):2–11.
45. Keeney CE, Scharfenberger JA, O'Brien JG, Looney S, Pfeifer MP, Hermann CP. Initiating and sustaining a standardized pain management program in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. 2008 Jun;9(5):347–53.
46. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Gestió de Serveis Sanitaris [Internet]. Residència i Centre de Dia per a Gent Gran Lleida-Balàfia. 2013. p. 1–7. Available from: <http://www.gss.cat/>
47. Ghandehari O, Williams J, Hadjistavropoulos T, Thorpe L, Alfano DP, Dal Bello-Haas V, et al. A controlled investigation of continuing pain education for long-term care staff. *Pain Res Manag*. 2013;18(1):11–8.
48. Leone AF, Standoli F, Hirth V. Implementing a pain management program in a long-term care facility using a quality improvement approach. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Jan;10(1):67–73.
49. Ferrell B, McCaffery M. Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain [Internet]. City of hope pain & palliative care resource center. 2012. Available from: <http://prc.coh.org/>
50. Manias E, Gibson S, Finch S. Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people. *Pain Med*. 2011;12:1199–215.
51. Maltinsky W, Hall S, Grant L, Simpson K, MacRury S. Pilot project and evaluation of delivering diabetes work-based education using video conferencing. *Rural Remote Health*. 2013;13(1):2053.
52. Nagamatsu Y, Natori Y, Yanai H, Horiuchi S. Impact of a nursing education program about caring for patients in Japan with malignant pleural mesothelioma on nurses' knowledge, difficulties and attitude: A randomized control trial. *Nurse Educ Today*. 2014;7(34):1087–93.
53. Boletín Oficial del Estado (BOE). I. Disposiciones generales. Boletín Oficial del Estado (BOE) 1999 p. 43088–99.
54. Institut català de salut. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Código ético. 2012;1–18. Available from: <http://www.icslleida.cat/>

55. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1989. p. 1–19.

10. ANEXOS:

Anexo 1. Escala EDAD

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ANCIANOS CON DEMENCIA (EDAD)

PACIENTE:

FECHA:

EVALUADOR:

CENTRO:

OBSERVACIÓN ANTES DE LA REALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

A- La persona gime o llora de forma espontánea sin que se lleven a cabo contactos con su cuerpo y sin una situación extrema que produzca dolor	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
B- La persona grita o se queja de forma espontánea sin que se lleve a cabo contactos con su cuerpo y sin una situación extrema que produzca dolor.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
C.- La persona se protege las zonas que pueden presentar dolor sin que se lleven a cabo contactos con su cuerpo y sin una situación extrema que produzca dolor.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2

OBSERVACIÓN DURANTE LOS CUIDADOS

D.- La persona llora o grita cuando recibe cuidados o movimientos que impliquen contactos con cualquier parte del cuerpo.	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
E.- El rostro de la persona presenta dolor cuando recibe cuidados o movimientos que impliquen contacto con cualquier parte del cuerpo	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
F.- La persona realiza reacciones defensivas coordinadas o no al movilizar (rozar o tocar) un área de su cuerpo que le duela	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2

DURANTE LAS ÚLTIMAS 48 HORAS

G.- La persona se mueve de forma habitual pero evita ciertos movimientos	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2
H.- La persona busca una posición para evitar el dolor	Ausente 0	Dudoso 1	Presente 2

TOTAL ESCALA EDAD (se considera dolor si puntúa 3 o más)

Ausente	Dudoso	Presente

OBSERVACIONES:

Anexo 2. Escala PACSLAC

PACSLAC : grille d'évaluation de la douleur*			
Expressions faciales	Présent (✓)	Comportement, personnalité, humeur	Présent (✓)
• Grimaces	<input type="checkbox"/>	• Agression physique (Ex. : pousser les autres ou des objets, griffer, frapper avec ses mains ou ses pieds)	<input type="checkbox"/>
• Regard triste	<input type="checkbox"/>	• Agression verbale	<input type="checkbox"/>
• Visage renfermé	<input type="checkbox"/>	• Refus d'être touché	<input type="checkbox"/>
• Regard menaçant	<input type="checkbox"/>	• Interdiction aux autres d'approcher	<input type="checkbox"/>
• Changements au niveau des yeux (plissés, vides, brillants, augmentation des mouvements)	<input type="checkbox"/>	• Air fâché ou mécontent	<input type="checkbox"/>
• Sourcils froncés	<input type="checkbox"/>	• Lancer d'objets	<input type="checkbox"/>
• Expression de douleur	<input type="checkbox"/>	• Augmentation de la confusion	<input type="checkbox"/>
• Visage sans expression	<input type="checkbox"/>	• Anxiété	<input type="checkbox"/>
• Mâchoires serrées	<input type="checkbox"/>	• Visage bouleversé	<input type="checkbox"/>
• Visage crispé	<input type="checkbox"/>	• Agitation	<input type="checkbox"/>
• Bouche ouverte	<input type="checkbox"/>	• Impatience et irritabilité	<input type="checkbox"/>
• Front plissé	<input type="checkbox"/>	• Frustration	<input type="checkbox"/>
• Nez froncé	<input type="checkbox"/>		
Activités et mouvements du corps	Présent (✓)	Autres	Présent (✓)
• Mouvements constants	<input type="checkbox"/>	• Pâleur ou rougeur du visage	<input type="checkbox"/>
• Mouvements de recul	<input type="checkbox"/>	• Yeux larmoyants	<input type="checkbox"/>
• Nervosité	<input type="checkbox"/>	• Transpiration excessive	<input type="checkbox"/>
• Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	• Tremblements	<input type="checkbox"/>
• Marche sans arrêt	<input type="checkbox"/>	• Peau froide et moite	<input type="checkbox"/>
• Errance	<input type="checkbox"/>	• Changements du sommeil	<input type="checkbox"/>
• Tentative de fuite	<input type="checkbox"/>	• Diminution du sommeil ou augmentation du sommeil pendant le jour	<input type="checkbox"/>
• Refus de bouger	<input type="checkbox"/>	• Diminution ou augmentation de l'appétit	<input type="checkbox"/>
• Bousculade	<input type="checkbox"/>	• Cris et hurlements	<input type="checkbox"/>
• Diminution de l'activité	<input type="checkbox"/>	• Appel à l'aide	<input type="checkbox"/>
• Refus des médicaments	<input type="checkbox"/>	• Pleurs	<input type="checkbox"/>
• Mouvements lents	<input type="checkbox"/>	• Gémissements ou plaintes	<input type="checkbox"/>
• Comportements impulsifs (Ex. : mouvements répétitifs)	<input type="checkbox"/>	• Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur	<input type="checkbox"/>
• Absence de collaboration ou résistance aux soins	<input type="checkbox"/>	• Marmonnements	<input type="checkbox"/>
• Mouvement de protection du lieu de la douleur	<input type="checkbox"/>	• Grogneurs	<input type="checkbox"/>
• Soutien du lieu de la douleur	<input type="checkbox"/>		
• Claudication	<input type="checkbox"/>		
• Poings serrés	<input type="checkbox"/>		
• Position fœtale	<input type="checkbox"/>		
• Raideur ou rigidité	<input type="checkbox"/>		
			Score global _____

* Chaque élément coché a une valeur de 1.
 Les droits d'auteur de la version française du PACSLAC sont détenus par Sylvie LeMay, Maryse Savoie, Shannon Fuchs-Lacelle, Thomas Hadjistavropoulos et Michèle Aubin. Reproduction autorisée.

Anexo 3. Escala DS-DAT

Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)

Behavioral Indicators	Frequency (# of episodes in 5 min)	**Intensity low/high	Duration short <1 min, long >1 min.
Noisy Breathing: negative sounding noise on inspiration or expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing; respirations sound loud, harsh, or gasping; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation.			
Negative Vocalization: noise or speech with a negative or disapproving quality; hushed low sounds such as constant muttering with a guttural tone; monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan; repeating the same words with a mournful tone; expressing hurt or pain.			
Lack of Content Facial Expression: pleasant calm looking face; tranquil, at ease or serene; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw; overall look is one of peace.			
Sad Facial Expression: troubled looking face, looking hurt, worried, lost or lonesome; distressed appearance; sunken, "hound dog" look with lackluster eyes; tears; crying.			
Frightened Facial Expression: scared, concerned looking face; looking bothered fearful or troubled; alarmed appearance with open eyes and pleading face.			
Frown: face looks strained; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead; corners of the mouth turned down.			
Lack of Relaxed Body Language: easy openhanded position; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out; muscles look normal firmness and joints are without stress; look of idle, lazy or "laid back" appearance of "just killing the day"; casual.			
Tense Body Language: extremities show tension; wringing hands, clenched fist, or knees pulled tightly; look of being in strained or inflexible position.			
Fidgeting: restless impatient movements; acts squirmy or jittery; appearance of trying to get away from hurt area; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts.			
Score			

Adapted with permission from Hurley A et al, *Assessment of Discomfort in Advanced Alzheimer's Patients*, *Research in Nursing & Health*. 1992, 15, 369-377. John Wiley and Sons Inc. Permission to use received from Dr. Hurley 11/1/2009

Anexo 4. Escala NOPPAIN (Versión Brasileña)

NOPPAIN-Br

(Versão brasileira do Instrumento de Avaliação da Dor em Paciente Não Comunicativo)

Nome do avaliador:	
Nome do paciente:	
Data:	
Horário:	

Instruções: o profissional de enfermagem deve completar pelo menos 5 minutos de cuidados diários para o paciente, enquanto observa os comportamentos de dor. Ambas as páginas deste formulário devem ser completadas imediatamente após as atividades de cuidado.

I. LISTA DE VERIFICAÇÃO DE ATIVIDADES		A Você fez Isso?	B Você observou dor durante esta atividade?
Marque "Sim" ou "Não" para cada item nas colunas A e B			
A. Colocou o paciente na cama OU viu o paciente se deitar		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
B. Virou o paciente no leito		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
C. Transferiu o paciente (do leito para cadeira, da cadeira para leito, de pé ou de cadeira de rodas para o banheiro)		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
D. Sentou o paciente (cadeira ou leito) OU viu o paciente se sentando		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
E. Ajudou o paciente a ficar de pé OU viu o paciente ficar de pé		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
F. Vestiu o paciente		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
G. Alimentou o paciente		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
H. Ajudou o paciente a caminhar OU viu o paciente caminhar		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
I. Deu banho de chuveiro no paciente OU deu banho de leito no paciente		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Pontuação: Some o número de caselas que você marcou na coluna B, que contenham "Sim" (S)		TOTAL 1 <input type="text"/>	

II. COMPORTAMENTO DE DOR	
O que você viu e ouviu durante o atendimento?	
Palavras de dor? Isto dói! Ai! Ai! Pare com isso! Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual foi a intensidade das palavras de dor? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível	Faces de dor? Caretas Contrações Testa franzida Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual foi a intensidade das faces de dor? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível
Ruídos de dor? Gemidos Grunhidos Murmúrios Respiração Suspiros Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual foi a intensidade dos ruídos de dor? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível	Segurando? Apoiando? Suportando? OBS: posição antálgica (posição para aliviar dor) Rigidez Segurando, protegendo Testa franzida Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual foi a intensidade das faces de dor? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível
Friccionando? Massageando a Você Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual foi a intensidade da fricção? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível	Inquietação? Balançando Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual foi a intensidade da inquietação? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível
Pontuação: a. Some o número de caselas que você marcou que contenham "Sim" (S) TOTAL 2a <input type="text"/>	b. Some os números que você circulo nas escalas de Intensidade TOTAL 2b <input type="text"/>

Se o paciente relatar dor, ou a pontuação do NOPPAIN-Br for 3, comunique a condição ao enfermeiro para um exame mais abrangente.

Intensidade da dor	
Avalie a dor do paciente, no nível mais alto que você a observou durante o cuidado	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Nenhuma Leve Moderada Forte Pior dor	
TOTAL 3 <input type="text"/>	

Pontuação NOPPAIN-Br				
TOTAL 1 <input type="text"/>	TOTAL 2a <input type="text"/>	TOTAL 2b <input type="text"/>	TOTAL 3 <input type="text"/>	PONTUAÇÃO NOPPAIN <input type="text"/>

Anexo 5. Escala PAINAD

Tabla 1 PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)				
	0	1	2	Puntuación
Respiración independiente de la verbalización-vocalización del dolor	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización-verbalización negativa	Ninguna	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rigido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarlo, distraerlo o tranquilizarlo	
			Total	

Anexo 6.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD:

1. Responda a las preguntas, verdadero (V) o falso (F):

- 1.1 Los signos vitales son siempre indicadores fiables de la intensidad del dolor de un paciente.
- 1.2 Los pacientes que pueden distraerse del dolor, por lo general no tiene un dolor severo.
- 1.3 Combinación de analgésicos que actúan por diferentes mecanismos (por ejemplo, combinar un AINE con un opioide) puede resultar el mejor control del dolor con menos efectos secundarios que el uso de un único analgésico agente.
- 1.4 Los pacientes ancianos no pueden tolerar los opioides para aliviar el dolor.
- 1.5 Dar a los pacientes placebo es una prueba útil para determinar si el dolor es real.

2. Marque la respuesta correcta:

2.2 La razón más probable es que un paciente con dolor pediría dosis más altas de medicamentos contra el dolor es una.

- a. El paciente está experimentando un aumento del dolor.
- b. El paciente experimenta aumento de la ansiedad o la depresión.
- c. Al paciente se le pide más atención personal.
- d. Las peticiones del paciente se relacionan con la adicción.

2.3 El juez más precisa de la intensidad del dolor del paciente es:

- a. el médico tratante
- b. enfermera de cabecera del paciente
- c. el paciente
- d. el farmacéutico
- e. cónyuge o la familia del paciente

3. Cite las herramientas estandarizadas de dolor que se usan en el centro donde trabaja.

4. Escriba hasta 5 necesidades educativas acerca del manejo y valoración del dolor en el anciano demente, que crea interesantes a tratar en el proyecto de formación.

VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL ANCIANO CON DEMENCIA

OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS:

- ✗ Expresión facial
- ✗ Verbalizaciones
- ✗ Movimientos corporales
- ✗ Cambios de humor
- ✗ Cambios en rutina
- ✗ Cambio en el estado mental

DEMENCIA SEVERA



DEMENCIA LEVE-MODERADA



	0	1	2	Puntuación
Respiración independiente de la verbalización: vocalización del dolor	Normal.	Respiración ocasionalmente dificultosa. Períodos cortos de hiperventilación.	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos períodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes.	
Vocalización-verbalización negativa	Ninguna.	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación.	Llamadas agudas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto.	
Expresión facial	Sonriente o inexpressiva.	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido.	Muecas de disgusto y desaprobación.	
Lenguaje corporal	Relajado.	Tenso. Camino de forma angustiosa. No para quieto con las manos.	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja.	
Comolabilidad	No necesita que se le consuele.	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole.	Es imposible consolarlo, distraerlo o tranquilizarlo.	Total

- ✗ Escala visual analógica (EVA)
- ✗ Escala categórica
- ✗ Escala pictórica

